

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

JORDANA DA COSTA BARBALHO

**O GÊNIO DE DOIS DESEJOS E A TENDÊNCIA ANTISOCIAL: O CASO DO
MENINO EM BUSCA DO AMBIENTE SUFICIENTEMENTE BOM**

NATAL
2017

JORDANA DA COSTA BARBALHO

**O GÊNIO DE DOIS DESEJOS E A TENDÊNCIA ANTISOCIAL: O CASO DO
MENINO EM BUSCA DO AMBIENTE SUFICIENTEMENTE BOM**

Relatório de Estágio apresentado como
requisito avaliativo parcial da disciplina de
Estágio Profissionalizante em Psicologia
do Curso de Psicologia da UNI -RN

**Supervisor Acadêmico: Prof^a Narjara
Medeiros de Macedo
CRP 17/0855**

**Natal
2017**

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	04
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	11
2.2 PACIENTES E CASO CLÍNICO SELECIONADO PARA ESTE RELATÓRIO.....	11
2.3 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIAS.....	12
3.0 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	15
4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	40
REFERÊNCIAS.....	42

1- INTRODUÇÃO

O fazer da Psicologia hoje se dá através de várias vertentes que não a tradicional e mais popularmente conhecida clínica psicológica. Nos lugares onde há pessoas, há campos férteis para a Psicologia. O olhar clínico, entretanto, irá acompanhar o fazer do psicólogo sempre que este exercer sua atividade, quer seja em contextos sociopolíticos, quer seja em contextos institucionais e, classicamente, no contexto do atendimento individualizado na clínica. É sobre este fazer que escolhi me debruçar ao longo destes cinco anos de curso, reunindo conhecimentos junto aos mestres que tive o prazer de ter e que fomentavam minha demanda por ampliação de conhecimento através de atividades extracurriculares.

A escolha da clínica individualizada como campo de estágio se dá, mais especificamente, pelo desejo de propiciar aos sujeitos um espaço de criação de um vínculo seguro, de acolhimento, empatia, compreensão, confiança e liberdade de expressão de si mesmo, buscando assim um autoconhecimento e fortalecimento de recursos internos para lidar com os contextos sociais nos quais estes sujeitos estejam inseridos. É um espaço que busca propiciar aquilo que a sociedade, tão neurótica e adoecida em geral, não oferece para estas pessoas: uma escuta ativa, um espaço para o desenvolvimento e expressão do verdadeiro EU, um respeito à individualidade de cada ser. Dentre as várias linhas teóricas possíveis de atuação neste contexto, escolhi a Psicanálise Winnicottiana. Safra (1999) traz que:

A clínica em Winnicott tem princípios diferentes daqueles que regem a clínica psicanalítica tradicional. Ao enfocarmos o procedimento psicanalítico a partir dos conceitos de *self* e de processo maturacional temos que rever os procedimentos clínicos utilizados na situação analítica. Winnicott (1971) afirma que o *self* tem uma totalidade baseada nas operações do processo maturacional, auxiliado pelo meio ambiente humano. (SAFRA, 1999, pp.91-101)

Este trecho ilustra a base do pensamento Winnicottiano, o qual vai ao encontro da minha própria visão de homem. Creio ser de fundamental importância que a nossa prática clínica esteja em congruência com a visão de homem que temos e com nossa leitura de mundo. Somente assim é possível se disponibilizar de forma autêntica e integrada dentro do *setting* terapêutico.

O embasamento nesta linha teórica possibilita o atendimento de crianças, adolescentes e adultos; tanto individualmente quanto em grupos terapêuticos. É o

atendimento individual em *setting* terapêutico que pretendo desenvolver neste trabalho, focado na discussão de um estudo de caso de uma criança de 7 anos de idade, atendida no contexto das Clínicas Integradas no UNI-RN, em cumprimento do estágio profissionalizante do curso de Psicologia da mesma instituição de ensino, sob supervisão e orientação da professora e psicóloga Narjara Medeiros de Macedo, CRP 17/0855.

Por se tratar de um relato da minha experiência na clínica psicológica e diante da magnitude do que isto significa para mim, este manuscrito se encontra narrado em primeira pessoa do singular.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dias (2003) traz que a Teoria Winnicottiana do Amadurecimento (a qual irei me referir daqui para a frente como teoria do amadurecimento) está fundada sobre duas concepções de base: a tendência inata ao amadurecimento e a necessidade contínua de um ambiente facilitador. Ao nos depararmos com o termo “inata”, podemos ter a ideia de que há algo de essencial, cristalizado, imutável, no ser humano. Diante disso, faz-se importante citar que a tese winnicottiana não tem caráter essencialista, no sentido de haver uma essência eterna do ser, posto que Winnicott vê o ser humano como passível de transformações no curso do seu tempo de vida. Entendo, a partir dele, que se há algo de essencial é a própria transformação rumo a integração do EU.

No curso de sua vida, a tendência inata ao amadurecimento irá impor ao sujeito tarefas para as quais o indivíduo buscará solução, dentro e fora de si. Dentro de si, com os recursos dos quais dispõe (ou se supõe possuir competência para construir) e fora de si, através de um ambiente que atue como encorajador da sua livre e saudável maturação. “Cada indivíduo está *destinado a amadurecer*, e isto significa: unificar-se e responder por um eu. Em função disto, o que falha no processo, e não é integrado por meio de experiência, não é simplesmente um nada, mas uma perturbação” (DIAS, 2003). Em contraponto a Psicanálise tradicional, Winnicott introduz uma fase inicial na qual ainda não há um eu constituído, mas um ser não-integralizado emergindo de um estado de solidão essencial. Tal solidão será ultrapassada em parte no curso da vida do sujeito, porém parte dela ainda residirá no seu âmago.

Existe uma cisão essencial, sim, mas ela não é relativa às pulsões; inerente à natureza humana, ela consiste na fenda entre a tendência a abrir-se para as relações com o outro e com o mundo e o isolamento primordial do ser humano. Um processo de integração bem-sucedido levará a coexistência e ao trânsito, no indivíduo, entre esses dois extremos: a solidão essencial, e a comunicação e o encontro com o outro e com a realidade externa. (Dias, 2003)

Havendo condições saudáveis para este diálogo ao longo da sua jornada de desenvolvimento, o sujeito seguiria rumo a constituição de um si mesmo, de um indivíduo integrado capaz de se relacionar com outros indivíduos integrados e com a realidade objetiva.

Ainda que inata, a tendência a integração não ocorre maquinalmente com o correr dos anos na vida do sujeito, posto que não é uma determinação e sim uma tendência. Para que se realize, o bebê carece fundamentalmente de um ambiente facilitador que lhe forneça cuidados suficientemente bons. A dependência, que nos estágios primitivos é absoluta, é ponto-chave na teoria winnicottiana. Nenhum bebê ou criança pode vir a ser a não ser sob cuidados de um ambiente que lhe proporciona sustentação e facilita a fluidez do processo inato de amadurecimento. Somente os genes, sem tais cuidados, não dão conta de fazer de bebês... Bebês.

O que está, portanto, em pauta no amadurecimento pessoal, não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si-mesmo. Nada disto é dado pela concepção e pelo nascimento biológicos. (...) Ao longo do amadurecimento, todas as dimensões humanas deverão ser gradualmente integradas à personalidade, mas sempre a partir do sentido pessoal da existência, sentido que, no início, é a mera continuidade do ser. (...) É a natureza humana que se temporaliza, em virtude da sua tendência inata ao crescimento, gerando, gradualmente, um si-mesmo integrado, internamente e com o ambiente. (Dias, 2003)

Dentro do processo de amadurecimento, que vai desde algum momento após a concepção e segue até a sua morte natural é possível explicitar temporalmente estágios ou etapas; cada uma delas com tarefas que lhe são próprias. Quando falamos em estágios, pode-se ter a ideia de que existe aí uma linearidade: etapas estanques, sucessivas uma a outra. É importante salientar que

(...) a despeito de ser assim apresentado, o *processo não é linear*. Primeiro, porque, na vida, os vários estágios, com suas respectivas tarefas, se superpõem parcialmente; segundo, porque, na concepção winnicottiana, amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar pontos perdidos. Isto se deve ao fato de que nenhuma conquista fornece título de garantia: tendo sido alcançada, pode ser perdida, outra vez alcançada e perdida de novo. Por isso, em uma pessoa de qualquer idade, pode-se encontrar todos os tipos de necessidades, das mais primitivas às mais tardias. As pessoas não têm exatamente a sua idade; em alguma medida, “elas têm todas as idades, ou nenhuma. (Dias, 2012)

O diagrama abaixo (figura 1) esquematiza resumidamente os estágios do processo de amadurecimento pessoal:



Figura 1: Diagrama com os estágios do amadurecimento pessoal e as respectivas tarefas que este processo impõe ao sujeito.

Não é possível localizar com precisão, mas apenas aproximadamente, as idades cronológicas às quais cada um destes estágios corresponde, daí se usar mais o termo “estágio” do que “idade”. Dias (2003) afirma, entretanto, que a conquista da unidade num *eu* integrado ocorre entre 1 ano e 1 ½ de idade; dentro do estágio denominado de EU SOU.

Nos estágios primitivos ou de dependência absoluta (até cerca dos quatro meses), o ser humano emerge de uma condição não-viva para a condição de não-ser, que carrega consigo intrinsecamente a solidão essencial. Ainda dentro do útero, ele é lançado a vida e carrega consigo a única determinação, estrutural e vazia de conteúdo, de tendência ao amadurecimento e de integração a uma unidade. É um momento de total simbiose com a mãe, no qual ela é seu ambiente. A mãe, portanto, é o ambiente facilitador inicial de todo sujeito. Ela o alimenta, nutrindo-o literal e emocionalmente, embala-o, sustenta-o, carrega-o. Em dado momento, o bebê tem seu primeiro despertar, que não necessariamente é o grande despertar que o faz mergulhar no mundo. Quando este mergulho ocorre, o bebê nasce, carregando consigo novas tarefas inerentes ao seu período de vida. Em todo esse ínterim, o bebê pode sentir segurança e continuidade ou o inverso disso tudo, com intensidades diferentes a depender do ambiente proporcionado. Em primeira ordem, é preciso lidar com duas novidades: a respiração, até então realizada pela mãe

através da placenta e agora pulmonar pelo próprio bebê, e a gravidade, que provoca uma pressão que o envolve somente por um lado quando antes ele era embalado em todos os lados. Em relação a este último aspecto, o cuidado de segurar o bebê fisicamente não apenas lhe proporciona sustentação, mas a sensação de continuidade de ser “amado por todos os lados”. A dependência aqui é absoluta porque sem os cuidados do ambiente inicial, ou seja, a mãe ou outro cuidador, não haveria condições de sobrevivência. É válido ressaltar que neste período o bebê desconhece esse estado de dependência, pois entende que ele e o meio são um. Segundo Nasio (1995), é aí que a mãe age no atendimento às necessidades do bebê através de três funções maternas exercidas simultaneamente:

- Apresentação do Objeto: é a função de apresentação do seio ou da mamadeira. Em razão de seu estado vital a criança passa a “esperar” algo, e esse algo surge e ele, naturalmente, aceita o objeto oferecido. É nesse momento que o bebê tem a ilusão de ter “criado” esse objeto para a sua satisfação. É com esta “ilusão” que o bebê tem uma experiência de onipotência, pois tal objeto adquire existência real quando desejado e esperado. À medida que a mãe se conecta às necessidades do filho, esta ilusão se reforça e, ao mesmo tempo, protege-o de angústias que excedem a capacidade de suportar do bebê.
- Holding – Trata-se de uma função de “sustentação”. A mãe instaura uma rotina de cuidados diários que sustentam corporal e psiquicamente a criança. Graças a isso, a realidade externa é traduzida de forma acessível para o bebê, permitindo que ele crie pontos de referência simples e estáveis, facilitando sua integração no tempo e no espaço.
- Handling – Trata-se da função de “manipulação” do bebê enquanto ele é cuidado. É uma função que integra a vida psíquica com o corpo, e que Winnicott chama de “personalização”. A partir dela é possível habitar o próprio corpo.

Para que isso seja possível, a mãe entra em um estado regressivo de identificação com as necessidades do seu bebê, ao qual chama-se preocupação

materna primária. O pai, aqui, tem a função de dar suporte a esta mãe que se encontra em estado regredido. Ele proporciona condições para que essa mãe possa entrar no estado de preocupação materna primária. Diz-se da mãe suficientemente boa aquela que realiza bem estas três funções, ou seja, ela é boa o suficiente para assegurar que a pressão exercida pelo ambiente sobre o bebê e a que é gerada dentro do bebê se mantenha em equilíbrio. Tem uma presença autêntica, adaptação ativa às necessidades do bebê, consegue entrar no estado psicológico especial de preocupação materna primária, oferece segurança, tranquilidade, proteção. Com isso, permite o livre curso do amadurecimento saudável de seu bebê e daí o afloramento do seu verdadeiro *self*, que

é um fenômeno processual, não se trata de uma entidade ou instância, mas uma ocorrência que se dá em contínuo devir ao longo do processo maturacional. Não se pode pensar o *self* sem compreender o processo do surgir humano no tempo. O *self* jamais termina sua constituição, está sempre aberto para o porvir em direção à morte, sua derradeira realização. O homem anseia pelo seu futuro, que paradoxalmente é início de si mesmo, isso, evidentemente, quando o si mesmo pôde ter um início. (SAFRA, 1999)

É, portanto, o indivíduo integrado, autêntico e capaz de exercer a criatividade sobre o ambiente. Em uma situação onde o ambiente invade a criança com suas próprias necessidades, não há lugar para as necessidades infantis. O bebê, ou a criança, “desenvolve uma postura na qual apenas mostra o que é esperado dela, fundindo-se a essa imagem. O verdadeiro *self* não consegue se desenvolver e se diferenciar porque não poder ser vivido” (MILLER, 1997, p.23), surgindo aí o falso *self*,

a principal reação do bebê às falhas de adaptação da mãe. O bebê renuncia à esperança de ver suas necessidades satisfeitas e vai se adaptando aos cuidados que não lhe convêm. É aí que ele passa a adotar um modo de ser falso e artificial. Com isso, o indivíduo experimenta sentimentos de irrealidade e vacuidade a respeito de si mesmo, dos outros e da vida, e pode se comportar como um ser que não se adapta, mas se funde ao ambiente passando a reagir especularmente. (NASIO, 1995)

Nos estágios iniciais ou de dependência relativa (por volta dos 8 meses de idade), ocorrem os processos de desilusão, desmame e o início das funções mentais. A mãe suficientemente boa passa “falhar”, ocasionando desilusão no bebê e provocando sua ira. Aqui existe a possibilidade de o bebê exercer seus processos intelectuais principiantes diante das falhas ambientais de nível compreensível,

tolerável e previsível. Em um processo saudável, o bebê é capaz aqui de perceber os cuidados maternos a ele dispensados e também que há um Eu separado de um não-Eu. Caso as falhas ambientais fujam a essa natureza, forma-se terreno para distúrbios afetivos e tendência antissocial.

A tendência antissocial tem suas raízes nas falhas ambientais que excedem a capacidade que o bebê tem de suportá-las e ocorrem no período de desmame do bebê. Neste período, o bebê está às voltas com a tarefa de desilusão relacionada a sua mãe. A mãe suficientemente boa, que atendia prontamente as suas necessidades ao ponto de fazer com que o bebê a percebesse como uma criação sua, tamanha a simbiose entre os dois, passa a falhar. As necessidades não são atendidas como antes e o bebê agora percebe isso graças aos seus processos mentais incipientes. Graças a essa capacidade que corre em paralelo a tais falhas maternas, o bebê se desilude e demonstra isso através de gestos agressivos em relação a sua mãe. Esse gesto agressivo não vem sem culpa, pois a mesma mãe que falha é a mãe que é amada, e o bebê então realiza gestos de reparação. Por trás da tendência antissocial há a privação da oportunidade de agredir e reparar. A agressão assume significado de destrutividade diante de um ambiente que não a sustenta.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio teve lugar nas Clínicas Integradas do UNI-RN, situada à Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal – RN, CEP 59014-545, sob direção do Núcleo de Psicologia Aplicada. O referido Núcleo tem por finalidade, junto ao trabalho realizado nas Clínicas Integradas, desenvolver atividades que compreendam e atendam as dimensões psíquicas dos indivíduos de baixa renda da cidade de Natal; bem como alunos e funcionários de instituições conveniadas.

As Clínicas Integradas oferecem os serviços de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. São atendidos ali pacientes de diferentes faixas etárias, podendo eles buscarem os serviços das Clínicas por livre demanda ou através de encaminhamentos, sendo possível ao paciente ter acompanhamento multidisciplinar.

O serviço de Psicologia conta com atendimento individual e grupal, englobando inclusive o trabalho com crianças (ludoterapia) e a avaliação psicológica com uso de testes psicológicos.

Como Coordenadora do Núcleo de Psicologia Aplicada do UNI-RN temos a professora Geórgia Filomena Martins Saldanha Baeta Neves, supervisora de campo, que atua em conjunto com a Coordenação de Estágios na figura da professora Mariana Cela. Além disso, ambas atuam juntamente com os outros professores que orientam os discentes em seus estágios curriculares supervisionados. Neste caso específico, trata-se da professora Narjara Medeiros de Macedo.

Cada aluno deve atender uma média de três pacientes no decorrer do seu período de estágio, bem como disponibilizar horários para atendimento na modalidade de plantão psicológico.

2.2 PACIENTES E CASO CLÍNICO SELECIONADO PARA ESTE RELATÓRIO

A prática clínica desenvolvida se voltou para pacientes infanto-juvenis e ao longo do estágio houve acompanhamento de três crianças com idade de 7 anos (dois meninos e uma menina) e um adolescente com idade de 15 anos. Este relatório se debruçará sobre um dos meninos atendidos. A escolha se deu pelo tempo de acompanhamento e pela problematização que o caso gerou nesta autora, como a apresentação de realidades sociais às quais esta tinha acesso, bem como os efeitos desta na criança e na família.

2.3 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

Ao longo deste estágio, as seguintes atividades foram propostas com os respectivos objetivos e através dos métodos a seguir:

- Conhecer e compreender os conceitos psicanalíticos à luz do que foi proposto por Donald Winnicott ao longo de todo o período letivo deste ano, acolher as demandas de pacientes infanto-juvenis que chegam às Clínicas Integradas do UNI-RN, compreender as relações entre a teoria psicanalítica winnicottiana e a atuação empírica em consultório através de supervisão, grupos de estudos e pesquisa individualizada.

- Apropriar-me, através do diálogo entre teoria e prática, de ferramentas que permitissem a elaboração de intervenções terapêuticas sobre as demandas a mim encaminhadas no contexto de estágio clínico e sua consequente aplicação em setting terapêutico.
- Assegurar o aprendizado da vivência clínica, atuando sob o viés da psicanálise winnicottiana com pacientes infanto-juvenis em setting terapêutico usando recursos ludoterápicos; fornecendo devolutivas e, quando necessário e possível, intervenções imediatamente junto aos seus pais e/ou figuras de referência/cuidado.

A partir do exposto, os atendimentos foram realizados semanalmente, nas tardes de quartas, quintas e sextas-feiras, em sessões de 50 minutos cada. Com o paciente adolescente, o atendimento foi realizado em salas de atendimento psicológico padrão, porém é possível o acesso a alguns recursos lúdicos através da caixa lúdica. Com os pacientes infantis, o atendimento ocorre na sala de ludoterapia, onde é possível acessar recursos lúdicos e espaço físico para melhor expansão de movimentos.

Os atendimentos realizados neste caso clínico ocorreram na sala de ludoterapia 2. Trata-se de uma sala ampla, de piso e paredes laváveis, com uma grande janela e um vidro espelhado que oculta uma sala vizinha de observação. Durante os atendimentos, entretanto, não houve observações. Os principais recursos existentes na sala são:

- Uma toca com bolinhas plásticas coloridas em seu interior;
- Um alvo com dardos;
- Pinos de boliche;
- Dois carrinhos do tipo velocípede;
- Um balcão com portas contendo em sua superfície e interior variados bonecos e bonecas, peças de montar, fantoches, brinquedos plásticos de cozinha, carrinhos, bola com ventosas, brinquedos musicais, espadas, bolinhas de gude;
- Uma pia com sabonete líquido, álcool em spray e toalhas de papel;
- Bacias e baldes plásticos;

- Conjunto de mesinha com três cadeiras em tamanho infantil, todos em material lavável;
- Caixa lúdica contendo lápis de cor, canetas hidrocor, cola em bastão, bexigas, tinta guache, pincéis, massinha de modelar, lápis, borracha, apontador, tesoura sem ponta, barbante, pedaços coloridos de cartolina e T.N.T., folhas de papel ofício;
- Um João-bobo;
- Um armário com portas contendo variados jogos;
- Um pequeno quadro-negro;
- Um tabuleiro de futebol de botão;
- Colchonetes e pufes;
- Um túnel em napa colorida e espiral de arame recoberto flexível.

De forma prévia aos atendimentos, são realizadas entre uma e duas entrevistas com os pais e/ou figuras responsáveis pela criança ou adolescente de forma a compreender a demanda e acessar o contexto familiar, sua dinâmica e estado atual. Ao longo dos atendimentos com a criança/adolescente são agendadas sessões para devolutiva do acompanhamento com os pais e para possíveis intervenções, a depender da necessidade e possibilidade. Todos os pacientes foram acompanhados até o final deste período de estágio, sem desistências, recebendo encaminhamento para dar continuidade ao acompanhamento, caso seja do interesse da família. Em paralelo aos atendimentos ocorre o acesso a literatura para apropriação teórica, dando suporte para a construção e delineamento dos casos atendidos, principalmente o que gerou este manuscrito.

Todas estas atividades ocorreram sob supervisão da professora e psicóloga Narjara Medeiros de Macedo - CRP 17/0855 - em reuniões de supervisão semanais, tanto individuais quanto em grupo, dentro da própria instituição do UNI-RN.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta sessão, nomes fictícios foram adotados a fim de resguardar a identidade dos envolvidos. O menino João (7 anos de idade) chegou até serviço de Psicologia das Clínicas Integradas do UNI-RN através de sua avó paterna, a senhora Heidy, e o marido desta, o senhor Hernando. A anamnese aconteceu no dia 27 de abril de 2017 e contou com a presença dos dois adultos citados acima. O atendimento durou cerca de 50 minutos e, inicialmente, a avó parecia estar bastante ansiosa, mas participativa, disposta a responder à entrevista. O avô (chamarei assim daqui por diante) parecia calmo e relativamente distante. Pela sua postura, pude perceber que sua preocupação era com a demora no atendimento e o local onde havia estacionado o carro. A queixa inicial trazida por estes contava com os seguintes sintomas: dificuldades de aprendizagem, falta de concentração, agitação, dificuldade em aceitar negativas, impulsividade e agressividade. A avó, entretanto, disse que apesar de tudo isto, João era um menino muito doce e carinhoso.

Todas as informações obtidas na anamnese foram retiradas dos relatos da avó paterna por ser esta quem detém de fato a guarda do menino juntamente com o marido, sendo as principais figuras de referência da criança. O pai de João se encontra preso há cerca de um ano, mas convivia com a criança regularmente antes da prisão, uma vez que moravam na mesma casa. A sua mãe, por motivos que serão citados a seguir, foi considerada pela família incapaz de deter a guarda da criança quando esta contava três anos de idade. Através do relato da avó, soube-se que João nasceu de pais que não tinham um relacionamento estável. Na época do nascimento da criança, o pai tinha 18 anos (atualmente 24) e a mãe tinha 28 (atualmente 34). O relacionamento era conturbado, permeado por brigas e drogas. João não foi uma criança planejada nem desejada. Apesar disso, o pai reagiu de forma animada com a notícia da gravidez. Não há informações sobre os sentimentos da mãe na ocasião. Sabe-se também que João tem outros seis irmãos paternos (todos de diferentes mães) e um irmão materno (filho de outro pai). O irmão materno tem 12 anos de idade e mora com as bisavós maternas; um dos irmãos paternos

tem hoje 6 anos recém-completados e é paraplégico devido a um tiro que sofreu. Ele ainda morava com a mãe na data desta anamnese. Não há contato com os outros cinco irmãos paternos, que vivem com suas respectivas mães. Há suspeita de que ocorreu consumo de drogas (tanto lícitas quanto ilícitas) durante a gestação, porém a avó de João relata que esse período, assim como o parto, foi tranquilo e normal até onde ela tem conhecimento.

Em relação ao desenvolvimento do paciente, este morou com a mãe até os nove meses de idade e não foi possível obter informações sobre a amamentação e os primeiros cuidados, já que até esse período ele vivia sozinho com a mesma. A mãe de João foi cuidada por um casal de senhoras, mas diante do histórico de agressão, alcoolismo e a suspeita de envolvimento em atividades ilícitas (furto/roubo), estas decidiram que o melhor seria custear uma casa onde a mesma vivesse sozinha. Pode-se dizer que estas mesmas senhoras são avós adotivas da mãe de João, uma vez que criaram a mãe desta. Seriam, portanto, bisavós do paciente. Foi relatado, ainda, que aos nove meses de idade o paciente sofreu uma queda e bateu com a cabeça, provocando um coágulo que levou uma quinzena para se desfazer. Recebeu acompanhamento de uma psicóloga aos dois anos de idade durante um mês, pelas mesmas queixas trazidas atualmente. Ainda na maternidade, a mãe expôs sua rejeição ao filho (“Ela disse que queria dar a criança, não queria cuidar” [sic] – disse a avó da criança), porém depois do período de resguardo mudou de ideia e decidiu manter a criança consigo. Meses depois, diante do contexto em que mantinha o paciente e a ocorrência da queda que provocou o coágulo, esta quis que a criança ficasse com a avó paterna. Isso ocorre ao mesmo tempo em que a avó paterna decide tomar a criança para si “porque era o jeito” [sic]. Ambas acreditam que isso seria melhor para o menino, e essa opinião representa também a posição do pai quando a avó traz mais adiante, relatando sobre conversas que tem com o filho: “Eu estou preso aqui, mas estou feliz e tranquilo sabe por quê? Porque eu sei que meu filho tá sendo bem cuidado” [sic].

João frequentou inicialmente um colégio particular onde apresentava um bom rendimento escolar, acompanhamento de melhor qualidade e bons vínculos com professores e colegas. Apesar disso, já apresentava traços da queixa inicial, que só se agravaram com a mudança do colégio para uma escola pública. Isso se deveu às condições financeiras dos avós. A avó relata, ainda, que sente que algumas

professoras temem o aluno e que este não tem a mesma atenção que tinha no colégio anterior.

A rotina da criança segue basicamente da seguinte forma: escola e casa das avós maternas durante o dia, casa dos avós paternos à noite (lar de referência). Tem contato com a mãe nos finais de semana (passeios para tomar sorvete) e quando está na casa das avós maternas. No momento não tem contato com o pai porque ele não sabe que o mesmo está preso.

Quando questionados sobre o conhecimento da criança acerca da busca por acompanhamento psicológico por parte dos avós, disseram que este sabia que os avós estavam na clínica, bem como motivo pois “ele já havia estado numa psicóloga antes” [sic]. Em relação a ter adotado o neto como filho, a avó paterna diz que: “Eu não queria, por não ter condições (físicas nem financeiras), mas o que eu podia fazer? Não dava pra ver ele naquela situação mais...” [sic]; “Eu tento fazer programas com ele, mas ele sempre acha ruim e reclama. Diz que eu nunca faço coisas de criança e só quero saber de ir pra casa das minhas amigas. Eu faço o que posso, mas é difícil, ele reclama muito” [sic]; “Eu sempre fico no lugar de chata porque tento dar disciplina e ensinar o que é certo, mesmo cansada porque não queria isso pra mim, mas o avô vem por trás e deixa ele fazer tudo o que quer” [sic]. Sobre o mesmo tema, o avô paterno disse apenas que “criança é assim, você tem que afagar, não pode ficar brigando e batendo de frente, tem conquistar pra depois dar alguma ordem. Às vezes não adianta insistir na reclamação. Por isso que ele gosta de mim” [sic].

A impressão que tive ao me debruçar sobre tais dados anamnésicos foi, primeiramente, a de que houve uma privação de muitos itens basilares à constituição do sujeito. Para mim, é claro o ambiente inicial de falta que a mãe insuficientemente boa propicia devido a sua falta de conexão com este bebê. As fases de dependência absoluta foram extremamente comprometidas, uma vez que o ambiente facilitador inicial, a mãe, estavam sob efeitos de substâncias tóxicas ao organismo desta e, por simbiose, ao do bebê. Isso me levou a pensar sobre como foi a experiência que este paciente teve durante o período em que estava no útero. Parece-me que foi preciso travar uma luta com muita garra para sobreviver a um ambiente aparentemente tão hostil. Para mim ficou o registro de que, para

sobreviver, foi necessário se cuidar, mesmo com poucos recursos, quando se deveria ser cuidado. Há aí uma agressividade constituinte e necessária. Ao que me parece, ausência de planejamento durante a gestação pode ser comprometedora, porém não se iguala ao efeito da falta de desejo. O desencadeamento emocional e fisiológico disto contribui para a hostilidade do ambiente facilitador inicial, também observado neste caso. Isso me levou a pensar sobre quais foram as dificuldades dessa mãe.

Apesar de não ter sido possível uma entrevista com a mãe da criança ao longo do seu processo terapêutico até aqui, alguns dados teóricos permitiram construir um provável cenário de sua personalidade. Citando Winnicott em seu artigo “Mães psicóticas e seus bebês”, Arruda e Andrietto (2009) trazem que sujeitos esquizoides apresentam uma distinção imprecisa do limite entre a realidade interior e exterior, que por sua vez levam a sentimentos de irrealidade. Os esquizoides se fundem com outras pessoas e coisas mais facilmente do que pessoas sem tal diagnóstico, tendo aí uma maior dificuldade em lidar com sua individualidade. Uma outra característica desses sujeitos é a frágil integração entre ego e corpo. Ainda no mesmo artigo, é dito que

Esses sujeitos apresentam dificuldade para iniciar e manter relacionamentos reais, pois estabelecem relacionamentos segundo seus próprios termos. (...) pais com características esquizoides, como as presentes na esquizofrenia, fracassam de muitos modos no cuidado de seus filhos. No entanto, podem ser conscientes da própria patologia e assim entregam seus filhos aos cuidados de outras pessoas. (...). É fundamental que as psicoses parentais e a capacidade de uma mãe cuidar do bebê sejam consideradas em relação aos estágios do desenvolvimento da criança (...). (WINNICOTT 1961/2005 *apud* ARRUDA E ANDRIETTO, 2009, pp. 97 a 106)

Esses dados teóricos vão ao encontro do fato de que a mãe de João voltou atrás em sua decisão de não criar a criança, permanecendo com o filho até os nove meses de idade. Dentro das suas dificuldades, esta mãe se dispôs a tê-lo até enquanto lhe foi possível. Teria ficado aí um registro de bom cuidado neste bebê? Parece-me que, no breve período (até os nove meses de idade da criança) em que demonstrou disponibilidade para cuidar da criança, mantendo-o consigo e assumindo responsabilidade por ele, esta mãe conseguiu dar suporte até onde seus próprios recursos funcionaram. Houve um dado momento, porém, em que esses recursos devem ter se mostrado insuficientes e esta mãe, consciente ou

inconscientemente percebendo isso, vislumbra um horizonte no qual não teria condições de prover esta criança. Em algum grau estando ciente disso, ela busca uma forma de resguardar o desenvolvimento desse filho ao resguardá-lo de si mesma. Como teria se dado isso? Para Winnicott (1965/2005),

Não é impossível que uma mãe muito perturbada (...) trate excepcionalmente bem de seu bebê recém-nascido. Creio que a mãe (...) tenha-lhe proporcionado não só uma experiência satisfatória de amamentação, como também aquele apoio egóico que é tão necessário aos bebês novos e que só pode provir de uma mãe identificada com seu filho ou filha. Essa mãe estava provavelmente fundida num grau extremo com seu bebê. Eu diria que ela quis livrar-se daquele bebê com o qual estivera confundida, com o qual vinha formando como que uma única pessoa, porque enxergava num futuro próximo o surgimento de uma nova fase que ela não saberia administrar: uma fase em que o bebê precisaria começar a separar-se dela. Ela não seria capaz de acompanhar as necessidades da criança nesse novo estágio de desenvolvimento. Podia atirar a criança longe, mas não separar-se dela. (WINNICOTT, 1961/2005)

Até a fase de dependência absoluta, onde a simbiose entre mãe e bebê é necessária e constitutiva de saúde para o desenvolvimento da criança, esta mãe não teria tido dificuldade em se identificar com seu bebê e atender às necessidades deste, dada a sua provável organização defensiva esquizoide. Após esse período, a mãe teria percebido que João, aos nove meses de idade, estava no alvorecer de uma nova etapa do seu desenvolvimento na qual o descolamento da díade mãe-bebê se faz necessário para um amadurecimento saudável. Fica, então, frente às suas limitações em se separar enquanto indivíduo. É neste mesmo período que, sob os cuidados da mãe, João sofre a queda que lhe deixa com um grande sinal do que seria uma falha no zelo: um grande coágulo na testa, presente por 15 dias. A criança passa, então, aos cuidados da avó paterna. Em seu artigo “Consequências Da Psicose Parental Para O Desenvolvimento Emocional Da Criança”, Winnicott (1961/2005) traz como exemplo um caso semelhante ao deste estudo:

Forças muito profundas estariam em ação num tal momento: quando a mulher atirou a criança [a uma situação cujas circunstâncias] tornariam seu resgate uma quase certeza estava tentando lidar com um poderoso conflito inconsciente (...). Seja como for, o bebê [de nove meses] pode ter perdido naquela hora uma mãe ideal, uma mãe que ainda não fora mordida, repudiada, empurrada, aberta ao meio, roubada, odiada, além de destrutivamente amada; uma mãe, de fato, a ser conservada como imagem ideal. (WINNICOTT, 1961/2005)

Nessa situação, uma possibilidade é um comportamento “difícil” por parte da criança. Diferentemente do que muitos guardiões podem pensar, isso pode ser considerado positivo porque indica que a criança “conservava ainda uma lembrança da primeira experiência boa que tivera. Não ingressara ainda num estado de complacência, o que teria significado que abandonara toda esperança” (WINNICOTT, 1961/2005). Neste caso, no momento em que a criança tem acesso a uma mãe adotiva e/ou equivalente, passa “a usá-la para aquelas coisas que nunca teve oportunidade de fazer: morder, repudiar, empurrar, abrir ao meio, roubar, odiar” (WINNICOTT, 1961/2005). Ocorre, para o bebê, uma desilusão em relação a sua mãe, gerando uma agressividade que é constitutiva da fase de desmame. O período em que João é separado da mãe e trazido para o convívio com a avó coincide com esse desmame, a fase de transição da dependência para a organização da autonomia de um EU SOU. É um momento no qual a mãe começa a “falhar” para com o bebê. A mãe suficientemente boa sustenta a ira do bebê diante das suas falhas, bem como a culpa que este sente por agredi-la, que por sua vez leva a um gesto de reparação que é aceito pelo ambiente. Falhas em qualquer um destes aspectos e que excedam o suportável pelo bebê neste período podem gerar predisposição a distúrbios afetivos e tendência antissocial. Aos dois anos de idade, João teve acompanhamento psicológico porque, de acordo com a sua avó, era uma criança muito agressiva e inquieta. Foi com esse mesmo quadro que a avó me apresentou João, aos sete anos de idade, alegando que mais uma vez não sabia como lidar com a demanda do neto.

“Nesse momento, é certo que a mãe adotiva precisava muito de alguém que a esclarecesse acerca do que estava ocorrendo e do que teria de suportar; é possível que uma tentativa tenha sido feita nesse sentido, mas os registros nada nos dizem” (WINNICOTT, 1961/2005). Pouco antes do término da fase de dependência, porém ainda dentro da mesma, houve uma chance de reparação no acolhimento da avó. Aparentemente existe um bom holding e handling, porém a ambivalência ainda paira no ar mais uma vez na vida deste paciente, a partir do momento em que a avó acolhe e cansa diante do neto. Que desdobramentos isso provoca? Até onde é possível reparar quebras tão primitivas?

Em outro ponto, aparece no paciente, além da agressividade, a dificuldade em receber negativas. Imagino que deva ser difícil ter algo do seu desejo negado diante de tanto que já se foi privado nos estágios iniciais; porém limites também

fazem parte de um ambiente facilitador saudável. Há um posicionamento do casal bastante distinto sobre a forma de lidar com este aspecto, e na minha percepção isso gera bastante frustração na avó e uma certa satisfação no avô, que sinto estar jogando numa competição posta somente por ele ou é apenas indiferente à situação. Mais uma vez o tema da ambiguidade aparece. Em meio a isso, está a criança que não recebe uma lei unificada e aproveita este contexto para satisfazer as próprias vontades, levando isso para os ambientes onde convive. Acredito que dificilmente se mostrará de maneira diferente na(s) primeira(s) sessão(ões).

Diante do exposto, antevejo a necessidade de configurar o *setting* terapêutico e a minha postura terapêutica como facilitadoras e acolhedoras para esta criança frente às questões relacionadas a dependência absoluta, às necessidades emocionais nutritivas as quais creio que irão surgir. Ao mesmo tempo, antevejo a necessidade de delimitar espaços e limites diante da possível agressividade e tentativas de dobrar as regras.

Primeiros atendimentos – Sessões 1 a 5

Em um apanhado geral, o paciente apresentou sempre um movimento ativo dentro do *setting*: explorou a sala, os brinquedos, convidou-me para as brincadeiras e jogos.

Nos primeiros atendimentos com a criança percebi a predileção pelo contato com massinha de modelar e tintas, especificamente a forma como estas se misturavam e/ou grudavam entre si. A seguir trago um diálogo da primeira hora do jogo, ocorrido no momento em que ele percebeu que havia massinha de modelar disponível e começou a aglutiná-las todas entre si:

Psicoterapeuta: Nossa, tá tudo bem misturado aí, não é? E se eu quiser separar e pegar só um pedaço? [sic]

Paciente: Não tem como, não separa nunca mais. [sic]

Psicoterapeuta: Nunca mais!? De jeito nenhum?! [sic]

Psicoterapeuta: Não! De jeito nenhum! Só se for com uma faca. Toma, é de presente pra você. É uma cobra” [sic].

Em minha percepção, a criança representou a si através da massinha de modelar, apresentando-me nesta primeira hora do jogo a temática das falhas ocorridas nos estágios primitivos e a necessidade de elaboração destas falhas: a simbiose entre todos os pedaços da massinha pareciam remeter a necessidade primeira de integração. Para ele, se faz necessário entrar em contato, se misturar e ficar “colado para sempre”. Além disso, a figura da cobra como presente, mais do que qualquer signo edípico, fez-me pensar sobre um ser primitivo, ainda sem braços e pernas, desenvolvido a partir da mistura inicial. Através do brincar ele deposita em mim a esperança de reparação, de propiciar um ambiente facilitador para que tal integração seja possível.

Somando esta primeira sessão aos dados anamnésicos, fiquei pensando sobre como haveria sido esta vivência intrauterina, sobre como deve ter sido turbulento para ele se manter dentro deste útero. A resposta para esta minha linha de pensamento veio ainda nestas sessões iniciais, quando lhe apresentei o recurso da caixa lúdica e a brincadeira que ele iniciou com alguns dos itens contidos na caixa. Este recurso foi apresentado diante da necessidade de o paciente demonstrar o desejo de levar consigo algum objeto da sala, apesar do contrato que impossibilitava isso. Na caixa lúdica havia toda uma sorte de recursos de papelaria com os quais o paciente poderia produzir algo em sessão e levar consigo para casa. Deste modo, o contrato era mantido e ele poderia ter consigo uma ponte entre o ambiente construído em *setting* e os ambientes que frequentava em seu cotidiano.

Nesse momento, sendo ele o artista e eu sua ajudante, misturou todas as tintas para criar uma cor que não existia em nenhum outro lugar do universo, a Super Cor. Feito isso, repetiu o movimento da sessão anterior com a massinha e aglutinou todas em um volume só. Encheu uma bexiga, colocou o bolo de massinha lá dentro, amarrou com um barbante, usou a Super Cor para apagar os detalhes coloridos da bexiga, deixando-a completamente preta e agitou a bexiga ao máximo, fazendo o bolo de massinha ricochetear nas paredes da mesma. Comentei que deveria ser bem turbulento para a massinha ficar ali dentro no meio daquela agitação toda. Ele confirmou dizendo que era bem agitado.

Para mim, ficou indicada aí a demanda dos estágios primitivos, confirmando a hipótese da vivência de um indivíduo em busca de integração dentro de um

ambiente facilitador precário. Levou consigo a produção (na minha interpretação uma representação de sua primeira relação com a mãe) e disse que ia dar de presente para a avó (aquela que veio reparar o lugar da mãe em uma segunda relação! – também em minha interpretação).

Outro aspecto observado foi a escolha de brinquedos e brincadeiras que exploravam a agressividade, como brincadeiras que envolviam a temática de luta, tanto com brinquedos quanto sem eles, através de golpes, socos e chutes; bem como a forma como explorava os outros brinquedos ao arremessá-los em movimentos fortes e bruscos.

Segundo Alexandre (2006), “a agressividade na teoria winnicottiana não está associada necessariamente a destrutividade, ela está ligada ao movimento natural desde os primórdios da vida do bebê”. Ela seria um movimento que leva o bebê ao encontro do ambiente e assim ele possa descobrir e redescobrir esse ambiente a partir da motilidade. “É uma força realizadora, não precisando ser contida, na maioria das vezes, e sim acolhida e ressignificada” (ALEXANDRE, op. cit., p.). O autor supracitado expõe ainda que a agressividade é, portanto, parte da força vital e tem sua origem nos impulsos do feto, levando-o a descoberta de que existe um ambiente e também a um primeiro reconhecimento precoce de que há um mundo não-eu. A forma como este encontro entre o bebê e este mundo não-eu acontece determinará se tal agressividade possibilitará o ato criativo do existir ou se sinalizará para o bebê que houve uma falha no atendimento das suas necessidades. Ao mesmo tempo, a agressividade natural modifica suas características a medida em que o bebê cresce e tais modificações irão depender do ambiente como o qual o bebê se depara. Assim,

Fica claro, então, que a destrutividade presente na tendência anti-social é um descaminho dos rumos da agressividade saudável, é a denúncia de uma falha que vem em forma de gestos, gritos e ofensas, tornando a mensagem não compreensível para quem a recebe. Winnicott olha para esta denúncia com positividade, reconhecendo a esperança presente neste gesto destrutivo da criança anti-social para com a sociedade. (ALEXANDRE, 2006)

O movimento de João na externalização da agressividade aponta para vivências de agressão, e tal movimento vai ao encontro do que sua avó trouxe sobre a história de vida dele. Poderíamos dizer que João foi (de)privado, ou seja, houve

um cuidado materno que foi perdido, independentemente do motivo. Ser (de)privado é diferente de ser privado, pois nessa situação teríamos a ausência de cuidado desde os primórdios da vida, resultando em patologias graves como psicoses. Mesmo com poucos recursos, a mãe de João muito possivelmente cuidou dele até onde lhe foi possível. O gesto anti-social, ou seja, a agressividade expressa da maneira que ele expressa, seria a tradução da esperança de ter de volta este bom cuidado inicial que foi perdido.

Durante as sessões, era frequente objetos da sala serem derrubados, brinquedos serem desmontados diante de golpes ou quedas, ou ocorrer alguma pancada mais forte em mim nas brincadeiras de luta. Essas ocasiões não passavam despercebidas para João, que parecia embaraçado e pedia desculpas ao se deparar com os resultados gerados pelas suas ações; inclusive se despedindo ao final das sessões com demonstrações afetuosas; ou seja, fazia gestos de reparação.

Barretta (2012), discorrendo sobre o conceito winnicottiano de moralidade, fala sobre a importância de a criança ter acesso a exemplos de reparação através dos adultos como uma forma de tornar humano o que nela é originalmente desumano. Ele traz que para Winnicott existem dois tipos de superego: um pessoal e verdadeiro e outro não pessoal e falso. A consequência disso seria a existência de dois tipos de moralidade:

(...) a primeira (verdadeira) é aquela que surge a partir da própria criança e de seu contato (instintivo) com o ambiente; a segunda (falsa) é aquela introjetada de fora para dentro da criança. Isso não significa, por sua vez, deixar a criança desenvolver sozinha seu código moral, uma vez que a moralidade pessoal do lactente tem uma característica ferrenha, crua e incapacitante. (...) A criança sofre com o receio da retaliação. Estes crus receios se tornam humanizados principalmente pelas experiências da criança com seus pais, que desaprovam e ficam brabos, mas não mordem, afogam ou queimam a criança como retaliação ligada exatamente ao impulso ou à fantasia da criança. Não se trata, portanto, de deixar a criança desenvolver, por si só, um código moral, que seria ferrenho (...), de modo que as contribuições da moral familiar (...) são bem-vindas, mas desde que sejam apresentadas pela via do exemplo, principalmente (...). (WINNICOTT, 1963/1983 *apud* BARRETTA, 2012)

No curso do desenvolvimento de uma moralidade própria acontecem algumas experiências centrais na relação com o ambiente que permitirão o surgimento do sentido de responsabilidade, também chamada de concernimento e

situada dentro da fase “Rumo a independência” no processo de amadurecimento pessoal. O surgimento desse sentido de responsabilidade ocorreria entre o segundo semestre e o terceiro ano de vida. Uma criança que tenha recebido todos os cuidados ambientais anteriores adequados e, assim, conseguiu se desenvolver normalmente em termos emocionais, estaria agora se havendo com o tema da sua própria destrutividade como parte de sua natureza. “A dificuldade e a conquista envolvidas nessa etapa de seu desenvolvimento consistem em integrar a ideia de destruir a mãe (objeto) que é, ao mesmo tempo, a mãe ambiente, que é amada e que cuida da criança, ou, como se diz, equivale-se em aceitar a ambivalência” (BARRETA, 2012). A ansiedade que aí domina é a da culpa. Entretanto, em função dessa ambivalência, a criança não apenas ataca a mãe, como também (havendo oportunidade e aceitação por parte do ambiente), fará um gesto reparador. “Isso implica uma “bondade” originária, uma ânsia de reparar os estragos que possa ter eventualmente cometido” (BARRETA, 2012).

A culpa não vem da lei externa, mas da capacidade de se importar com a mãe. A questão é que

esse ímpeto inicial de toda criança pode ser perdido se a mãe objeto não for capaz de sobreviver ao impulso destrutivo ou se a mãe ambiente não for capaz de aceitar o gesto reparador ou se alterar em seus cuidados. Nesse caso, sobrevém a culpa pela perda da mãe amada e da qual depende e eventualmente outras defesas, como a defesa maníaca, que tem como consequência uma incapacidade de estar preocupado pelos outros (BARRETA, 2012).

Ao mesmo tempo em que acessa sua destrutividade em *setting*, João demonstra culpa e gestos de reparação; apontando para um cuidado materno inicial do qual foi (de)privado. A posterior convivência com a avó trouxe oportunidade de experimentar a culpa e tentativas de reparação, porém a agressividade e destrutividade direcionadas ao ambiente e a esta avó permanecem, o que me faz pensar sobre a forma como essas tentativas de reparação são recebidas pelo ambiente.

O paciente trouxe frequentemente o comportamento de burlar as regras em *setting*, tanto no simbólico quanto no concreto; indicando o quanto isso lhe é cotidiano e comum. Nos combinados do contrato verbal terapêutico, como horário de

terminar a sessão, combinado de arrumar a sala juntos antes da sessão findar¹, impossibilidade de levar objetos pertencentes a sala para casa, sempre os descumpria e quando eu sinalizava a quebra ele afirmava que eu nunca havia combinado nada daquilo, que eu estava me confundindo ou formas diferentes de tentar me manipular. Nas brincadeiras, era comum escolher um jogo que não conhecia e sustentar uma posição de conhecimento (inventava regras totalmente diferentes das que o jogo propunha em suas instruções) e ao menor sinal de vantagem minha, mudava as regras ao seu favor. Para mim, isso aponta o quanto é ausente uma lei unificada em ambiente familiar: existem regras que são colocadas de fora para dentro e se pretendem rígidas (postura da avó), porém não se sustentam (postura do avô) e a criança transita entre estes dois espaços sem que haja de fato um limite. Esse fato é significativo na dificuldade de organização da moralidade interna da criança, pois “é o pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança” (WINNICOTT, 1982, p. 129).

Sobre a moralidade, Winnicott diz que “a educação moral se segue naturalmente à chegada da moralidade na criança pelos processos de desenvolvimento natural que é favorecido pelo cuidado adequado” (Winnicott, 1963d/1983, p. 94). Barretta (2012) diz que, diferentemente da visão de Freud, para Winnicott não existem pulsões a serem barradas por uma moralidade externa, mas sim um período crítico para desenvolvimento de um superego pessoal e este, para se desenvolver de forma saudável, carece de um ambiente onde a criança tem oportunidade de externar seus impulsos, encarar a própria destrutividade que provoca uma culpa genuína diante do dilema da ambivalência, fazendo com que gere formas criativas de reparação. É preciso sustentar essa destrutividade e ao mesmo tempo propiciar espaço para que essa reparação surja e seja validada. Aqui reside o principal aspecto da contratransferência desta psicoterapeuta iniciante:

a sensação (...) se define por desconforto, agitação e angústia. O que chama a atenção (...) é que todos esses sentimentos são despertados nas entrevistas iniciais. (...). Devemos reconhecer com mais franqueza que na vivência contratransferencial, o analista, e também os terapeutas - sobretudo os jovens terapeutas -, podem permanecer por bastante tempo em uma região incognoscível. Assim, lança-se um

¹ Apesar de não ser parte do contrato terapêutico padrão, este acordo foi estruturante diante da demanda do sujeito; que desorganizava o ambiente de forma a testar os limites dos espaços e daqueles que com quem convivia, usando a psicoterapeuta como figura de transferência.

desafio para os iniciantes na psicoterapia: suportar a incerteza do que virá. Sustentar e acompanhar o paciente no estranho trazido pelo desconhecido e no inusitado do que surgirá a partir de cada encontro. (MACHADO, 2010)

Ainda nestas primeiras sessões o paciente trouxe a figura do pai e a idealização de estar em sua presença. Disse possuir habilidades que passam de pai para filho, como o dom mágico de aparecer e desaparecer (furtivamente), de “ganhar e se dar bem” [sic] sempre, de se divertirem assaltando um banco juntos para assim ficarem ricos e fugirem para sempre. Cabe aqui, também, um dado trazido na devolutiva que relato adiante: a avó disse que, ao pedir um videogame para a mãe, João ouviu dela que “mainha não tem como [dar] agora não, mas assim que mainha roubar um ela te dá” [sic]. Diante de conteúdos tão explícitos, questionei-me se ele de fato sabia sobre a realidade do pai, não levantei essa questão junto à criança porque creio não caber a mim o papel de lhe revelar sobre tal aspecto. Ative-me a sustentar o espaço para que ele pudesse elaborar essa angústia e não moralizar o conteúdo trazido.

Após este início de processo terapêutico, marquei uma devolutiva com os avós da criança, a qual faltaram sem justificativa. Apesar disso, na semana seguinte se fizeram presentes. Relataram que João estava menos impaciente e agitado; e que além da psicoterapia ele passaria a fazer atividades de recreação e educação física no contraturno escolar pois isso “vai ser bom pra descarregar a energia” [sic]. A dinâmica do casal parecia ter se intensificado em relação ao que já havia observado na entrevista inicial: a avó estava mais sobrecarregada diante das responsabilidades sobre o neto e o avô, numa postura ausente ao longo de toda a sessão, declarou: “prefiro não me envolver na educação do menino pra evitar problema com ela [avó]” [sic]. Pensei que, ironicamente, não havia tal possibilidade diante do fato de ele e a avó estarem em união estável desde que o pai da criança tinha a idade que o paciente tem hoje e no quanto o entrelaço entre os sujeitos envolvidos afeta a dinâmica do casal (que vinham discutindo cada vez mais diante das posturas diferentes em relação ao paciente) e também o desenvolvimento da própria criança.

A avó, por sua vez, reafirma sempre o cansaço dentro da relação com o neto e, diante de comentário de “denúncia” do avô durante o atendimento do casal, diz que “já perdeu a cabeça” [sic] por causa disso, chegando a atirar objetos nele em

momentos de discussão, incluindo uma garrafa de vidro, e a levantar uma faca de cozinha que estava usando em dado momento. Conta, chorosa, que quando isso acontece, se arrepende muito e sente uma culpa terrível. Pede desculpas, abraçando-o e beijando-o, ao mesmo tempo que a angústia do quadro parece sufocá-la. João vivencia, portanto, relações intensamente ambivalentes com as figuras de cuidado; reproduzindo-as em *setting* terapêutico e outros ambientes.

Como a criança trouxe a figura do pai, questionei sobre a revelação de tal realidade para a criança e a avó disse que ele ainda não sabia. “É difícil, eu não quero contar, mas ele [João] é esperto. Quando a gente passa perto de onde o pai dele tá, ele [João] diz ‘meu pai tá aqui e vocês não querem me contar’” [sic]. Percebo aí a dificuldade que a avó tem em mencionar a palavra prisão ou seus equivalentes. Como contar sobre uma realidade que nem ela mesma consegue nomear, encarar? A avó, portanto, dissimula a realidade. Em seu olhar, João traz a continuidade da história paterna. O cansaço que ela sente parece estar associado às tentativas de transformar o neto em quem ele não é: seu filho, o pai da criança. A avó consegue ver algumas das necessidades mais emergentes de João, porém não consegue propiciá-las. É preciso que ela tenha, portanto, suporte para conseguir proporcionar a João aquilo que ele precisa.

Dentro do *setting*, adotei uma postura terapêutica de modo a suprir a necessidade que João tinha de uma mãe suficientemente boa e de um ambiente facilitador que pudesse proporcionar a reelaboração das questões acima pontuadas e a reparação das mesmas. Ao final das sessões era sempre afetuosos comigo, despedindo-se com um abraço ou um beijo e sua avó chegou a me dizer certa vez: “Ele fica doidinho pra vir [para a sessão], fica dizendo que queria que você fosse a mãe dele” [sic].

Atendimentos intermediários – Sessões 6 a 11

Ao longo das sessões intermediárias, os temas sobre feminino e masculino surgiram a partir das figuras materna e paterna. Em uma das sessões isso surgiu através da mistura de tinta sobre duas folhas de papel diferentes: uma mistura era a Cor Pai e a outra mistura era a Cor Mãe. A forma como falou sobre a Cor Mãe me remeteu ao uso de drogas e álcool que a mãe teve durante a gestação do paciente e a vivência intrauterina turbulenta que o próprio paciente trouxe nas primeiras

sessões: “A cor mãe é tóxica, então a gente tem que deixar ela aqui longe da gente” [sic]. Havia um spray de álcool sobre a pia, ele o pegou e espirrou bastante álcool nos próprios braços e nos meus, dizendo: “a gente tem que se proteger dela, rápido! Tem que passar isso na pele e esfregar para se proteger!” [sic]. Quis passar álcool no rosto e no corpo, sobre as roupas, mas eu o lembrei do combinado de não nos machucarmos intencionalmente durante a sessão. Eu disse: “Será que álcool demais poderia fazer nossa pele e olhos arderem ao invés de nos proteger? Talvez nos braços já seja suficiente, o que acha?” [sic]. Ele concordou e em seguida fez um bolo de massinha (e aqui surge novamente este elemento que interpreto como uma representação de si mesmo em seu estágio primitivo) para “nutrir a cor mãe” [sic], dizendo que para isso acontecer é necessário deixá-los em contato descansando e secando; para mim uma forma de entrar em contato aos poucos e de uma forma segura com a mãe real, uma pessoa aparentemente sem recursos e que carece de suporte para exercer seu papel, assim como a própria avó em uma escala supostamente menos comprometida.

O bebê pode ter tido, para esta mãe, a função de preencher um “buraco” inominável no funcionamento psicótico desta mãe. A gestação pode ter sido, de fato, nutritiva para ela e graças a isso ela pode ter conseguido cuidar da criança sem maiores danos. O crescer da criança e a consequente separação da díade mãe-bebê é que pode lhe ser intolerável e difícil.

Questionei sobre a Cor Pai e ele não tocou no papel, mas disse que precisaríamos de um boneco e barbante, através do qual atou o boneco a uma bola com ventosas e graças a esta deixou o boneco preso, pendendo do teto. Durante o tempo que a sucção da ventosa prendeu o boneco, ele socou todos os pufes e colchonetes da sala com bastante ímpeto e força. Depois ele tirou a massinha que estava nutrindo a Cor Mãe e substituiu a bolinha com ventosas pela mesma. A Cor Pai levou o boneco a ficar preso bem longe de onde nós estávamos brincando. O que teria acontecido? Para mim é impossível não interpretar isso como a realidade sobre o pai que lhe é ocultada, mas nem por isso lhe é despercebida. Afinal, como esconder uma realidade tão eloquente? Quando todo o contexto corrobora sua hipótese (“meu pai tá aqui e vocês não querem me contar” [sic]), como aceitar a invalidação daqueles que se tem como referência? Creio que uma das raízes da sua

raiva está fincada na força que ele faz para integrar essa percepção tão pessoal e contundente a despeito do que (não) lhe é dito.

Junto com isso, houve um significativo aumento na demonstração da agressividade. Em muitas das sessões o paciente trazia brincadeiras onde deveríamos assumir papéis antagonistas: eu seria o ladrão e ele me perseguiria; ou ele era o poderoso gênio que morava dentro do túnel e eu era a psicóloga que era enganada por ele. Nessa última brincadeira, o roteiro invariavelmente era este: ele entraria dentro do túnel e eu deveria com uma espada encontrá-lo e matá-lo. Entretanto, ele usava uma arma de proteção que impossibilitaria isso. Algumas vezes tentava me convencer de que eu deveria entrar dentro do túnel para me proteger, usando de ameaças (conseguiu tirar um dos meus sapatos e disse que ia tirar o outro para dá-los a mãe dele porque eram bonitos e ela não tinha). Como não obteve sucesso, confessou que era mais uma tentativa de me enganar e me devorar. Seguiu ao longo de outras sessões em outras tentativas de manipulação e intimidação até chegar ao contato agressivo comigo (socos, tapas, chutes, se pendurar em meu pescoço, me escalar), me machucando. As tentativas de manipulação ocorriam por meio da brincadeira e eu as respondia dentro do mesmo contexto e apontando para o uso de recursos e escolhas protetivas:

Paciente: “Entre dentro do túnel, os goblins vão atacar você!”. [sic]

Psicoterapeuta: “Ah, eu não tenho medo dos goblins. Veja, tenho uma arma/proteção e posso me defender deles”. [sic]

Paciente: “Mas essa arma não funciona!”. [sic]

Psicoterapeuta: “Funciona sim! Na última batalha que tive com eles deu certo. Obrigada pelo convite, você é muito legal, mas eu gosto mais de ficar aqui fora porque é ventilado!”. [sic]

As intimidações nem sempre ocorriam no nível da brincadeira já que eventualmente João, dentro do seu papel de gênio, transbordava em intensidade. Por vezes. Nestas situações eu o respondia de forma calma, porém firme e clara. O objetivo destas intervenções era demarcar dentro da relação bordas consistentes entre eu e ele:

Paciente: “Peguei seu sapato! Eu vou dar pra minha mãe!” [sic]

Psicoterapeuta: “Não, você não vai pegar meu sapato porque ele é meu e eu preciso deles”. [sic]

Ou ainda:

Paciente: “Eu cortei o cabelo das bonecas e vou cortar o seu também porque não gosto!”. [sic]

Psicoterapeuta: “Não, você não vai cortar meu cabelo porque eu não quero nem vou deixar. Gosto deles assim. Caso continue, vou tirar a tesoura de você”. [sic]

Com o contato agressivo, era necessário interromper a brincadeira para afirmar a lei naquele contexto relacional e dizia de forma clara, sustentando meu olhar para ele, que tínhamos que parar porque aquilo não era de acordo com o combinado de não nos machucarmos mutuamente; aquilo estava me machucando e eu não iria deixar. Poderíamos brincar de outra coisa, mas não seguiríamos mais naquela brincadeira se assim continuasse. Aos poucos a criança foi se organizando.

Elementos pontuais de sessões iniciais apareceram aqui com nova roupagem e intensidade. Antes havia uma manipulação da figura feminina quando ele se dirigia a mim usando expressões ou termos contrastantes (elogiava meu cabelo, dizia que eu era boazinha, que gostava de mim ou me chamava de “gatinha” e em outros momentos me chamava de “tolinha”, “bobinha” e dizia que eu não entendia ou não sabia fazer nada). Em uma luta de espadas específica, mirou apenas nos cabelos, seios e genitais. Agora, neste ponto mais adiantado do processo terapêutico, havia agressividade dirigida a mim e impugnação dos limites. Com as bonecas, usou todas numa brincadeira de tiro ao alvo. Depois se aproximou e começou a espiar por baixo de suas saias ou tirar suas roupas enquanto fazia comentários zombeteiros e depreciativos, até que chegou a cortar os cabelos das mesmas:

João: Eu preciso de uma tesoura. O cabelo dessa boneca é muito feio.

(Começou a cortar mechas da referida boneca e de outras)

Eu: Por que você está fazendo isso?

João: Eu não gosto de mulheres de cabelo grande, mulher tem que ter o cabelo curto!

Eu: E se a mulher quiser o cabelo grande? E se ela achar bonito assim?

João: Não importa! EU não gosto e vou cortar o de todas, até o seu!”.

Ao dizer esta última fala, avançou para cima de mim com a tesoura. Relembrei-o do combinado de não nos machucarmos na sessão intencionalmente e retirei a tesoura dele, deixando-a em um local afastado na sala. Sem ter acesso a tesoura, arrancou a cabeça das bonecas e trocou-as entre os corpos das mesmas. Ao analisar esse aspecto, as figuras femininas às quais ele tem acesso me parecem ser volúveis, sem recursos para impor e sustentar limites, com ferramentas emocionais precárias para dar sustentação de realidade a esta criança. Frente a isso, a resposta que ele apresenta é de testagem por via da contestação e da agressão e raiva em face ao ambiente de falta.

A forma como todos estes elementos juntos se apresentara fez deste bloco de sessões o mais desafiador para mim pela forma como a contratransferência se intensificou. Sentia-me extremamente chateada e sugada em todas as sessões, aproveitando todo o tempo até o próximo paciente para recarregar minha disponibilidade para este. Flagrei-me, nas horas que antecederiam o atendimento, ansiando para que o paciente faltasse ou que seus avós decidissem encerrar o acompanhamento. Em muitas sessões me senti tentada a terminar a sessão antes do tempo previsto diante da impaciência que me acometia. Esses aspectos foram trabalhados em supervisão²: cada sessão agora seria como uma primeira sessão no que diz respeito a contrato terapêutico (combinados iniciais), com apresentação de bordas objetivas e consistentes, ou seja, diferentemente do que ocorria em seu espaço familiar. Caso o combinado fosse quebrado, seria explicado que tanto para adultos quanto para crianças havia direitos a serem garantidos e deveres combinados que deveriam ser cumpridos. O descumprimento deste dever até poderia gerar um bônus, mas todo bônus via de regra acarreta em algum ônus. Nas

² Cabe aqui ressaltar o papel imprescindível que a supervisão tem diante da prática profissional de psicólogos, em especial os incipientes. Como apontado por Machado (2010, pp. 01-17), parece ser nesse momento que a importância da supervisão se dá, considerando o fato de que é preciso que alguém nos introduza numa outra estrutura analítica: a dos afetos, do não sabido, que marca a existência do inconsciente.

relações acontece a mesma coisa. Se nós dois brincamos juntos e desorganizamos a sala juntos, porque eu iria reorganizar a sala sozinha? – expunha eu para ele. E continuava – Levaria mais tempo para organizar sozinha do que se dividíssemos a tarefa pelos dois, assim como dividimos o brincar. Com o descumprimento, eu teria que encerrar a sessão mais cedo para conseguir dar conta sozinha.

Sentia-me frustrada por não ver na família um ambiente de continuidade com o espaço terapêutico. Apesar de pontuar para os avós a importância e a melhor eficácia do trabalho de psicoterapia aliado a mudanças necessárias na postura dos familiares, não encontrava aderência por parte destes ao processo. Sentia por parte do avô desinvestimento e descrença na relação com a avó e o neto, bem como desinvestimento nos limites por parte da avó diante do cansaço que a consumia. Assim sendo, admiti que, em última instância, era preciso depositar a esperança no que era trabalhado dentro do *setting*. Com isso, me foi possível sustentar adiante a postura terapêutica necessária ao paciente.

Atendimentos finais – Sessões 12 a 15

O tema da relação com o irmão mais novo me é apresentado quando ele traz para uma das sessões dois carrinhos e brincamos de colidi-los a partir de posições diametralmente opostas. Diz que é assim que brinca com o irmão e me parece que é assim que está posta a sua relação com o mesmo: competindo pela atenção e afeto da avó. Analisando em retrospecto e de acordo com dados de devolutiva com a avó, este bloco de sessões coincide com a mudança do irmão para a sua casa. João afirma que a mãe (avó) gosta mais do irmão do que dele porque quando ele e o irmão brigavam, este reclamava para a avó, a mesma brigava com o João, culpando-o sempre, e pelas costas dela o irmão apontava para ele e ria, zombando-o. Nas brincadeiras de luta, ele procurava me ultrapassar em quantidade de armas. Busquei o João-bobo como escudo e passou a atacá-lo. Na brincadeira de esconde-esconde, ao se esconder dentro do túnel, começou a rolar dentro dele e quando eu sinalizei que o túnel, movido por ele, iria colidir com o João-bobo, ele passou a investir com mais ímpeto contra o brinquedo.

Apesar disso, quando brincávamos com algum jogo e eu levava alguma vantagem, ao invés da postura anterior (mudar a regra e/ou dizer que eu não sabia de nada), ele desistia desanimado: “É, eu não sei jogar esse jogo mesmo e ele é

traíçoeiro”. Quando pedi que me explicasse o conceito de “traíçoeiro”, disse: “É sim, joguei com meu irmão e vi que é traíçoeiro”. Entretanto, sabe-se que um jogo não tem inerentemente esta qualidade, a não ser por quem o joga. Pergunto-me de que traições João está falando? Os não ditos, os sobreditos, a falta dos interditos? Ao mesmo tempo, quando tem sua atitude anterior espelhada no irmão, João parece se dar conta de como isso afeta o outro. Isso dá espaço também para ampliar seu olhar para o ambiente onde vive: em casa o espaço precisa ser dividido com o irmão; dentro do *setting*, o espaço é só seu, porém não é como sua antiga casa, o espaço que anteriormente era só dele; uma vez que existem regras e limites que são sustentados. Há lugar para a livre expressão e elaboração e isso inclui também limites que são sustentados. É preciso se reconfigurar e creio ser esta a razão no decréscimo de sua impulsividade e inquietação durante as sessões.

Ao final da sessão na qual trouxe os carrinhos, pediu para que eu desenhasse no papel o contorno dos mesmos. Feito isso, pediu que eu recortasse os carros, pintou-os com tinta e os lavou na pia. Foi possível tirar parte da tinta, mas não dos vincos e baixo relevo. Cada carrinho, assim como ele e o irmão, agora tinha seu próprio contorno. Creio que havia uma necessidade de externar essa insatisfação em relação ao irmão e assegurar o próprio espaço na dinâmica familiar. O *setting* serviu como ambiente para tal. Num contexto de falta, é necessário sentir que nada mais se perca.

Em muitas destas sessões finais ele trouxe a questão do abandono. Ao longo de todo o processo, percebi uma postura crescente de afastamento por parte do avô: da entrevista inicial, onde ele estava acompanhando a avó na sala, até o transporte da criança para a clínica. O avô aguardava o atendimento sentado ao lado de João na recepção, mas ao final nunca estava esperando no mesmo lugar e sim do lado de fora da clínica, dentro do carro. Ao final de uma das sessões, enquanto eu o levava até a recepção, ele comentou que o avô o havia abandonado. Respondi que iríamos procurá-lo, pois talvez ele só tivesse ido ao banheiro. João balançou a cabeça discordando, reafirmando que este o havia abandonado. Em outros momentos, falou que havia sido abandonado porque era burro e por outros motivos depreciativos. Alternou aí de tristeza pelo abandono para retaliação, socando o João-bobo que o havia abandonado, e rapidamente passou a acariciar o mesmo objeto, afirmando que haviam feito as pazes. Nas atualizações mais

recentes da avó, esta me expôs que no mesmo período em que trouxe o outro neto para morar consigo, se separou do avó de João; passando a morar em sua própria casa com João, o neto mais novo e um sobrinho adulto que já morava lá antes. João sempre reclamava para ela que ali era muito chato e que queria morar com o avô. Interpreto isso como um incômodo diante da nova organização: apesar de parecer chateado com a ausência de um avô que desautoriza a avó, permitindo assim tudo ao seu capricho, sua postura mais organizada dá indícios do quão estruturante este novo ambiente vem sendo. Teria parte do cansaço da avó se originado do constante embate de forças com o avô em relação a dar limites de realidade ao neto?

João se referiu nestas sessões finais sobre sua agressividade como doença da raiva. Enquanto buscávamos um jogo no armário, perguntei se não gostaria de usar o jogo da memória ou o quebra-cabeças. Sobre este, falou que “é muito difícil” [sic] e sobre aquele, disse: “eu não gosto porque tem que procurar e A GENTE NUNCA ACHA!” [sic] - elevou a voz, exasperado. Tive a impressão que jogos aparentemente mais intelectualizados o irritavam, pois até este momento da sessão ele estava calmo. Foi quando falou que ele tinha uma doença, a doença da raiva, mas ele tinha que se controlar porque ele ficava com muita força e poderia matar todo mundo. “Não é legal porque machuca as pessoas” [sic]. Questionei sobre como era, sendo ele uma criança, segurar dentro de si uma raiva tão grande e que causava tanta coisa. Ele disse que precisava se controlar, era só ele se controlar [que ficava tudo bem]. Enquanto falou isso, ficou inchando, braços enrijecidos ao longo do corpo, punhos fechados, respiração ofegante, porém contida, sufocada. “Será que se controlar resolve?” [sic] – perguntei – “Será que ela faz presa aí por dentro as coisas que ela faria com as pessoas aqui fora caso saísse?” [sic]. Ele pareceu refletir e perguntei onde ele poderia, ali naquela sala, depositar um pouco dessa raiva para que ele não ficasse tão sobrecarregado. Atacou, então, os pufes, os colchonetes e o João-bobo; desorganizou alguns objetos da sala e se voltou novamente para o João-bobo. Após mais uma sessão de chutes e socos, disse que o João-bobo estava machucado, começou a abraçá-lo e pedir desculpas. Disse que o amava muito, que tinha ficado com raiva e não tinha se controlado e pediu perdão ao boneco.

Esse episódio me remeteu a forma como antes a avó lidava com os conflitos junto a João: o descontrole, a ação impulsiva, a culpa que se seguia e que gerava o

pedido de desculpas. Aparentemente após o rearranjo da convivência familiar em outros moldes, João pôde trazer este tema para o *setting*.

Das sessões intermediárias até aqui, ele não mais agrediu o feminino ou atacou a psicoterapeuta. Validei seus sentimentos dentro da vivência de agressão e reparação e assegurei que ali era o espaço onde ele poderia fazer isso. Foi importante falar nisso diante deste momento onde ele parecia estar mais organizado nos impulsos. Nas futuras sessões, correspondentes ao fechamento, seria válido retomar este aspecto para que fique nele este registro e que este possa ser acessado em situações futuras. Deitado e abraçado ao João-bobo, fazendo carinho nele, me interrompeu dizendo que não se deve machucar as pessoas que se ama e que ele amava o Flopy (nome que ele deu ao João-bobo). Permaneci ao seu lado, disponível, e assim terminou a sessão.

Assim como na primeira devolutiva, neste segundo agendamento os avós faltaram sem justificativa, desta vez não por um, mas dois encontros seguidos. Fiz contato através da recepção da Clínica para saber sobre o interesse em dar continuidade ao processo terapêutico. Nesta ocasião, falou-se com o avô e com muita dificuldade (muito ruído de fundo, o avô parecia querer desligar), soubemos que alguém havia ficado doente em uma semana e em outra houve uma viagem. Na semana seguinte, a avó compareceu à clínica, sozinha, confirmando minha prévia intuição. Como até então a comunicação havia sido feita através do avô e este não mostrava implicação no processo, além da separação do casal em meio a isso (falhas na comunicação?), creio que isso se somou como contribuinte para a ausência.

A fala da avó nas devolutivas sempre tem por tema inicial ela mesma, que se mostra cada vez mais fragilizada: trouxe aspectos da própria saúde (a descoberta de um nódulo benigno) e sempre fala sobre como era a vida antes de criar João; uma vida de liberdade e tranquilidade. Entretanto, ao mesmo tempo em que parece se lamentar a perda da rotina anterior, não suporta ficar longe dos meninos quando tem uma folga. Pareceu alegre ao falar que havia trazido o neto mais novo para morar junto com ela e eu soube que João havia contraído varicela (catapora) neste período. A separação do casal também coincide com esta época. O relacionamento continua, porém em casas separadas. Pelo seu discurso, compreendi que há algum

tempo o diálogo entre o casal é precário e a relação difícil de se sustentar. Disse se sentir só, sem ter com quem conversar nem desabafar, sem apoio. Sinalizei a necessidade de acompanhamento psicológico para ela, que se mostrou desejosa e bastante disponível. No momento estou buscando oportunidade de encaminhamento.

Relatou preocupação com a iminente saída do filho da prisão diante do fato de todos os amigos dele já terem morrido ao longo desses 10 meses: "Vão vir atrás dele e vão matar meu filho" [sic] - diz, chorando. Questionei se João já sabia sobre o paradeiro do pai e ela disse que ainda não, apesar de ter contato com este por telefone. Deduzi, neste caso, que o pai também sustenta a mentira dita pela avó. Esta confessou que se arrependeu depois por ter mentido, mas como o menino não tocou mais no assunto, ela não desmentiu. Apesar de admitir o arrependimento, a mentira é sustentada por uma necessidade dela, que atende à sua conveniência e não a da criança. Pareceu-me ansiosa com a possibilidade de João descobrir que ela mentiu para ele durante todo este tempo, talvez em um entendimento de traição.

A avó me disse que João atualmente tem mais interesse no contato com a mãe porque de acordo com ele "agora ela é uma mãe boa" [sic]. Quando pergunto se ela concorda com o neto, diz que sim, que apesar dos conteúdos adultos às quais a mãe o expõe (linguajar, temas de conversas, programas de televisão), tem passado mais tempo com ele e lhe dado alguma atenção.

Abordei na devolutiva a questão da agressividade e de receber negativas, ao que ela respondeu que a situação estava mais tranquila em relação a isso. Comentei sobre os aspectos de baixa autoestima que surgiram, porém ela falou apenas sobre "os colegas de sala que ficam aperreando João" [sic] e que achava que era por isso, mas ela própria ainda não consegue acessar seu próprio conflito em relação a aparência do neto. Isso diz da dificuldade dela em diferenciar o neto do seu próprio filho. Desde a entrevista inicial repete que João é muito gordo, que come demais e é exigente com comida. Comentei que até então nada disso apareceu nas sessões e ela mudou de assunto. Falou que a criança quer deixar o cabelo crescer para ficar no estilo *black power* e ela não quer deixar, quer mantê-los curtos (dando a entender que há algo de feio e errado com o cabelo natural da criança, ou seja, com ele ser quem ele de fato é). Com o intuito de fazê-la olhar para a imagem que o neto tem de

si mesmo e não a que ela tem e na qual deseja encaixá-lo, perguntei como ele reage quando ela vai contra a vontade dele em relação ao cabelo *dele*, ao que ela respondeu que ele não gosta, mas que ela acha muito feio e manda cortar. Faz-se necessário um enquadre mais incisivo neste momento de fechamento para que a avó diferencie filho e neto e não insista em colocá-los no mesmo lugar.

Abordei a solidão que surgiu em *setting* e ela relacionou isso com o ciúme que ele sente dela agora que o irmão mora junto com eles, não acessando nada sobre o avô. Sinalizei a necessidade do paciente em levar um objeto da sala sob o dito de sustentar um ambiente nutritivo e limites que existem no *setting* em casa, ao que ela retornou falando sobre sua dificuldade e cansaço em relação a esse aspecto.

No último encontro com o paciente, este confirmou a fala da avó e disse que “tava doente, com catapora, ainda tô até com um dente doendo” [sic]. Fiquei intrigada, pois não vi as típicas marcas que tal doença deixa no corpo. Citou a dor de dente como resquício da doença, porém este não é um sintoma típico da catapora. Três meses antes ele havia reclamado de dor pelos dentes que haviam caído e sangrado, mas desta vez não me disse nada sobre perda de dentes. Este é um ponto para futura investigação, uma vez que os atendimentos terão continuidade para além da data deste manuscrito.

Teve, aqui, um movimento bastante atípico em relação às outras sessões (o que faz sentido se pensarmos neste ponto como um recomeço depois do período de ausência): buscou primeiramente os jogos, guardando um antes de começar a brincar com outro. Escolheu aqueles que havia dito anteriormente que não gostava (jogo da memória, quebra-cabeças) e brincamos bastante tempo sentados, coisa que jamais havia acontecido. O quebra-cabeças não foi montado até o fim, mas ele se empenhou e conseguiu montar quase todo. Quando devolvi para ele o que ele havia dito antes sobre tais brinquedos e a escolha destes mesmos brinquedos na sessão, não obtive resposta. O tema do quebra-cabeças era a novela infantil Carrossel e ele disse gostar do personagem Jaime, parecendo ansioso por vê-lo surgir no quebra-cabeças e lamentando-se um pouco quando ao final isso não aconteceu. O personagem Jaime é um garoto gordinho, com muita dificuldade na escola, que está sempre com o uniforme desalinhado e de bom coração. O pai de

Jaime é rígido e sempre recorre a castigos físicos quando se trata de repreender. De acordo com relatos da avó, me parece que o pai de João conseguia propiciar ao mesmo tempo um ambiente facilitador com liberdade para a livre expressão e o brincar, porém com certa organização, a qual se sustentava. Fica para mim a evidente identificação do paciente com o personagem quando confrontamos com os temas trazidos até aqui: o iminente encontro com o pai e o olhar que ele recebe da avó sobre si.

Abraçou bastante o João-bobo e disse que estava com saudades. Ao perceber que ele estava defeituoso, disse que ele estava doente esse tempo todo (assim como ele também esteve doente?), perguntando-se se ele ia melhorar. Quis levar o João-bobo para casa, dizendo que eu deveria comprar um novo e deixar o defeituoso com ele.

No decorrer deste bloco final de sessões não houve produção de desenhos, mesmo com disponibilidade de material para tal. O paciente não se interessava por esta atividade, preferindo se expressar através de esculturas. Sempre esteve presente a tentativa de levar algum objeto da sala para casa, bem como a contradição das regras, embora ambas se mostrassem de forma diferente. A primeira aumentando de intensidade: não bastavam as produções feitas a partir da caixa lúdica, era preciso que fossem os brinquedos da sala. Em contrapartida, a segunda diminuía de intensidade, embora de forma intrigante: parecia-me que ele concordava em organizar a sala ao final da sessão porque via aí oportunidades de levar consigo pequenos brinquedos escondidos no bolso. Quando o flagrei algumas vezes, perguntei o que estava acontecendo e/ou por quê. Ele dizia que tinha sido sem querer ou que não custava nada já que aquele objeto não serviria para nenhuma outra criança a não ser ele. Sobre este último aspecto, Winnicott (1957-1964/2008) diz sobre a criança que realiza pequenos furtos que

pode-se-lhe chamar de ladra. Não saberá explicar por que fez o que fez e, se insistirem com ela por uma razão, mentirá. A questão é esta: que está esse menino fazendo? (...) O ladrão não está procurando usar o objeto de que se apodera. Estão procurando uma pessoa. Está procurando sua própria mãe, e ignora-o. (WINNICOTT, 1957-1964/2008)

João, portanto, não rouba para usufruir do objeto roubado em si porque está agindo aí de acordo com uma fantasia oriunda aos seus primitivos impulsos de amor. Poderia, no máximo, desfrutar da habilidade exercida para o ato e do grau de sucesso dessa ação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Percebo avanços no que diz respeito a queixa inicial à medida que o paciente teve espaço para elaborar suas demandas iniciais relativas aos estágios primitivos. A partir disso, foi possível adentrar em uma nova camada, mais nuclear e que possivelmente traz outras questões, com novos desdobramentos. Um exemplo seria dado pela persistência do ato de furtar que aponta para uma busca pela mãe, o qual é bem ilustrado nesta fala de Winnicott (1957-1964/2008):

O fato é que perdeu o contato com a mãe, num sentido ou noutro. A mãe pode ou não estar ainda presente. Pode ser que ainda esteja, que seja uma mãe perfeitamente boa e capaz de dar ao filho qualquer soma de amor. Do ponto de vista da criança, porém, algo está faltando. Pode querer muito à mãe, e até amá-la, mas, num sentido mais primitivo, ela perdeu-se para o filho, por uma ou outra razão. A criança que rouba é uma criança em busca da mãe, ou da pessoa *de quem ela tem o direito de roubar*; de fato, busca a pessoa de quem pode tomar coisas, tal como (...) tomava coisas da mãe simplesmente porque *era* sua mãe e por causa dos direitos que tinha sobre ela. (WINNICOTT, 1957-1964/2008)

Enquanto houver oportunidade de acompanhamento, seguiremos neste movimento até que o paciente possa, enfim, trilhar seu processo de amadurecimento livre e saudável no seio familiar.

Para mim, esta se constituiu como uma experiência de crescimento pessoal e profissional riquíssima, a qual jamais poderia vislumbrar no início deste estágio. Foi um caso difícil de atender, onde eu flertei com a ideia de desistir e encaminhar o paciente porque por vezes me parecia impossível não moralizar determinados conteúdos e atitudes que surgiam em sessão. Achei que seria impossível manter a postura terapêutica necessária àquela criança. Ver-me sob o teste dele me fazia, a cada semana, desistir de querer sustentar a realidade e querer assistir, indiferente, ao seu movimento anti-social dentro do *setting*. A maneira como a contratransferência, as demandas que foram em mim tocadas e o que precisei e quis conquistar, faz com que fortalecer e sustentar meus recursos internos sejam como uma semente que nutrirei para que finque raízes fortes na minha atuação como profissional. Os espaços de supervisão e psicoterapia pessoal foram imprescindíveis. Perder a minha fé neste caso era perder também a fé em mim como psicóloga, era perder a fé na prática da teoria winnicottiana (que tanto faz sentido e me emociona durante a leitura), era desacreditar, ao mesmo tempo e tão precocemente, do processo de amadurecimento do paciente como ser humano e do meu como profissional. Honrarei cada tropeço dado e cada conquista atingida ao longo deste estágio como partes inerentes ao aprendizado, construindo a psicóloga que almejei não só desde o começo do curso, mas também de quando respondia aquela velha pergunta que fazemos a todas as crianças: o que você quer ser quando crescer?

Que possamos ser de fato adultos com condições de proporcionar às nossas crianças um ambiente facilitador onde sua tendência inata ao amadurecimento possa fluir. Para tal, se faz preciso, no campo institucional, a possibilidade e a sustentação do estágio profissional supervisionado para que o Psicólogo possa se construir de forma estruturada, assim como o forte encorajamento para que o aluno se engaje em um processo psicoterapêutico pessoal.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **Psicanálise da Criança: Teoria e Técnica**. Porto Alegre: Artmed, 1982. p. 81-96.

ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya; ANDRIETO, Elisângela. Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, pp. 97-106, dez. 2009. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672009000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2017.

BARRETTA, João Paulo F. A origem da moralidade em Freud e Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 114-125, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 out. 2017.

DANTAS, Josenildo Azevedo. **Alguns conceitos sobre a Psicologia Transpessoal e a prática em um contexto de clínica escola**. 2016. 1 v. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário do Rio Grande do Norte - Uni-rn, Natal, 2016.

DIAS, Elsa Oliveira. **A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

LISBOA MACHADO, Renata. O caminho inicial de uma jovem terapeuta diante dos desafios do manejo da transferência: vivências contratransferenciais à luz da clínica winnicottiana. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2010. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2010000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2017.

MILLER, Alice. **O Drama da Criança Bem Dotada**: Como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

NASIO, Juan-David,. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995

SAFRA, Gilberto. A clínica em Winnicott. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-6, jun. 1999

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. São Paulo: Grupo Gen - Ltc, 1982.

WINNICOTT, Donald Woods. CONSEQUÊNCIAS DA PSICOSE PARENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA. In: WINNICOTT, Donald Woods. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. 3. ed. Bela Vista: Martins Fontes, 2005. Cap. 9. p. 62-70.